

# 第 48 回東京心エコー図研究会 症例検討会抄録集

平成 22 年 11 月 13 日(土)

14:00～17:00

会場：東京商工会議所7階 国際会議場

## 第48回東京心エコー図研究会 症例検討会 登録演題

### 抄録

順天堂大学循環器内科

宮崎彩記子、小磯容子、大門雅夫、代田浩之

**タイトル：右房内腫瘍が疑われた大動脈二尖弁の一例**

**症例：76歳 女性**

**主訴：**食欲低下、全身倦怠感

**現病歴：**2年前に心雜音から大動脈弁狭窄症（二尖弁疑い）を指摘されていた。

本年4月ごろより感冒症状が続き、近医で感冒薬の処方を受けていた。7月ごろより食欲低下、全身倦怠感が出現し総合病院受診。血液データで炎症反応上昇、心エコーで右房内に腫瘍影を認めたため、右房内腫瘍の疑いで血液内科入院。その後血液から *Streptococcus* が培養され、精査加療目的で当院転院となった。

**既往歴：**大動脈弁狭窄症（二尖弁疑い）

**入院後経過：**経食道超音波検査を施行したところ、大動脈二尖弁のほかに大動脈弁直下で心室中隔が仮性瘤を形成し右房内に突出していた。感染性心内膜炎に伴う心室中隔仮性瘤と診断し、抗生剤治療ののち、大動脈弁置換術と仮性瘤切除術を施行した。術後感染の再燃などなく、経過良好である。

## バルサルバ洞動脈瘤破裂で発症した高安動脈炎の一例

渡邊 直<sup>1)</sup>、種村 正<sup>2)</sup>、渡邊 伸吾<sup>2)</sup>、堤 由美子<sup>2)</sup>、片岡 容子<sup>2)</sup>、由井 恵美<sup>2)</sup>、佐々木 伸子<sup>2)</sup>、田邊 大明<sup>3)</sup>、澤田 準<sup>1)</sup>

1) 心臓血管研究所付属病院 循環器内科 2) 同臨床検査部 3) 同心臓血管外科

症例は、56歳男性。2003年冬から労作時胸部絞扼感が出現し、2004年8月当院受診した。心エコー図検査で心室中隔基部内にバルサルバ洞および左室と交通を持つ瘤状構造と軽度大動脈弁逆流を認めた。感染を示唆する病歴はなかったものの、潜在性感染性心内膜炎によるバルサルバ洞動脈瘤の心筋内への破裂を考えた。2005年1月17日、大動脈弁置換術(Carbomedics #27mm)および瘤壁切除術を施行した。右冠尖とバルサルバ洞の境界に7mmの開口部を認め、瘤は開口部から心室中隔内に進展していた。術中鏡検では細菌は認めなかつた。術後経過は順調で胸部症状も消失、術後12日目に退院した。術後の病理組織診断は、治癒期感染性心内膜炎の所見であった。

2005年3月頃から再び胸部絞扼感が出現。10月の心エコー図検査で人工弁とバルサルバ洞の離開による大動脈弁周囲逆流が認められたため、2006年1月17日再弁置換術(SJM #27mm)を施行した。手術所見は、右冠尖、無冠尖の位置で人工弁はほぼ離開しており、人工弁周囲に疣状構造物を認めるも鏡検で細菌陰性であった。術後、微熱と炎症反応上昇が遷延したが、抗生素中止後も炎症反応の上昇はなかったため、術後25日目に退院した。術後の病理組織診断は慢性大動脈炎であった。MRA上、腕頭動脈の拡張および左総頸動脈起始部狭窄を認め、高安動脈炎と診断した。

2006年3月頃から労作時胸部絞扼感が出現。心エコー図検査で再度人工弁周囲逆流が出現し、逆流の増加を認めた。6月19日、起座呼吸が出現、うっ血性心不全の診断にて入院となった。心不全は、利尿剤投与で改善。大動脈炎の活動性は低いと考え、ステロイドは導入しなかつた。7月24日、大動脈基部置換術および大動脈弁置換術(Carbomedics #25mm)を施行した。術後14日目から、PSL 30mgを開始し、以後漸減した(維持量5mg)。

2010年7月頃から、労作時胸部絞扼感、全身倦怠感が出現。溶血性貧血の進行を認めた。心エコー図検査で、左室と交通する大動脈人工血管周囲の仮性瘤を認めた。10月19日、4回目の手術予定である。

バルサルバ洞動脈瘤は、稀な疾患であるが、先天性のものが多い。後天的には、外傷、感染性心内膜炎、動脈硬化症、ベーチェット病、SLE、マルファン症候群などにより生ずる。本症例は、高安動脈炎によりバルサルバ洞動脈瘤を生じ、その破裂により発症したと考えられるが、同様の報告はこれまでに数例しかみられない。稀な症例を経験し、治療に難渋したため、報告する。

埼玉医科大学国際医療センター 心臓内科 小川晴美 松村 誠 西村重敬 小宮山伸之  
心臓外科 田畠美弥子 池田昌弘 新浪博  
放射線科 木村文子

### 失神を主訴に発見された左室心尖部腫瘍

症例は22歳の男性。不整脈の既往歴（詳細不明）があり、スポーツとして、空手、キックボクシングをしている。3月25日、夜間外食中に冷汗と眼前暗黒感を自覚した後に一過性に意識を消失した。その後、精査目的に当大学病院神経内科を紹介されたが、一般検査、神経学的検査で異常は認められなかった。5月22日、排尿後に失神、当センターに搬送された。血液検査、頭部CTで異常は認められなかつたが、心エコー検査で心尖部に心外膜側に突出する $41 \times 30 \times 25\text{mm}$ の腫瘍を検出した。腫瘍の内部エコーは高輝度、均一性であり、内部に血流は認められなかつた。CT、MRIでは腫瘍の辺縁は平滑で内部に石灰化、高度の遅延造影所見が認められた。各種画像検査所見から原発性心臓腫瘍の線維腫と診断し7月26日、腫瘍摘出術を施行した。病理組織診断では腫瘍は膠原線維からなり、石灰化と軽度の炎症細胞浸潤を伴う線維腫であった。

## 【症例報告】

急速進行性の腎機能障害で発症し、著明な左室収縮能低下と壁肥厚を呈した心不全の一例

北里大学医学部循環器内科学

小板橋 俊美、猪又孝元、前川恵美、岩元美和、今木隆太、品川弥人、和泉 徹

症例は41歳女性。反復性うつ病で通院中であったが、2008年度の健康診断では特に異常を指摘されていなかった。2010年7月頃より眼瞼の浮腫を自覚、9月には顔面浮腫となった。また、同時期から労作時息切れが出現し、9月27日に起座呼吸となり緊急入院となった。著明な肺うっ血と低酸素血症を認め、人工呼吸管理となった。心電図は洞性頻脈と低電位差を呈していた。心エコー図では、心房心室腔の拡大は認めず、著明な両心室の壁運動低下と壁肥厚、心膜液の貯留を認めた。血漿BNP値は8200 pg/mlと著明な上昇を認め、トロポニンIは2.2 ng/mlと軽度高値であったが、他の心筋逸脱酵素の上昇は認めなかつた。血清クレアチニン値及び尿素窒素値は、それぞれ8.2 mg/dl、53 mg/dlと腎機能障害を認め、他に汎血球減少、Dダイマー高値を認めた。

心エコー図所見と心電図から第一に鑑別診断に挙がったのが心筋炎であったが、全経過を通して心筋逸脱酵素の上昇は認められなかつた。また、壁肥厚をきたしていたことから蓄積性疾患を含む心筋症も考えられたが、形態的に合致しない所見であった。急激な腎機能および心機能低下をきたし、初期の心エコー診断に苦慮した一例を経験したので、考察とともに提示する。

## 移植後リンパ増殖性疾患（PTLD）を再発した心腎同時移植後の一例

東京女子医科大学東医療センター 内科

八反丸美和、布田伸一、諏訪邦明、小笠原寿恵、宝蔵麗子、菊池朋子、中嶋俊、  
三橋哲也、関川昭彦、下倉和修、岡島清貴、久保豊、川内喜代隆、大塚邦明

【症例】1995年(当時39歳)に拡張型心筋症とIgA腎症による末期腎不全に対し、米国にて心腎同時移植された。移植以降シクロスボリン・アザチオプリン・ステロイドで管理されていたが、2001年(45歳)にIgA腎症を再発しタクロリムス・ミコフェノール酸モフェチル・ステロイドに免疫抑制療法を変更した。その後、心に関しては有意な拒絶反応を認めずに経過していたが、腎機能は徐々に低下傾向であった。2007年(51歳)にエベロリムス投与を導入しタクロリムス減量を開始。2008年(52歳)9月に回盲部原発のPTLDを発症し、同年10月～2009年3月まで化学療法(R-CHOP6クール)施行し完全寛解を得た。しかし加療中に末期腎不全となり2009年(53歳)2月より血液維持透析導入となった。その後2010年1月より左腰部鈍痛を自覚し、心エコー上横隔膜部に5.6cm×5.2cmの腫瘍とCTで心横隔膜部と左側の自己腎周囲に節外性の腫瘍を認め、精査の結果PTLD再発と診断された。再び化学療法(R-CHOP療法3クール)を行うも抗腫瘍効果得られず、治療に難渋した。経過中、免疫抑制薬の調整を要したが、拒絶反応は認めなかった。

【総括】PTLDは移植後合併症として重要であり、完全寛解後も免疫抑制療法の継続状態においてはその再発が懸念されるため、十分な経過観察が必要である。